وزن (کیلوگرام)	دوزاژ(ملی گرام)	دوزاژ(ملی‌لیتر)
Weight(kg)	Dosage (mg)	Dosage (ml)
3-5	7.5-12.5	0.2-0.3
5-8	12.5-20	0.3-0.5
8-12	20-30	0.5-0.75
12-16	30-40	0.75-1
16-24	40-60	1-1.5
24-32	60-80	1.5-2
32-40	80-100	2-2.5
40-48	100-120	2.5-3
48-60	120-150	3-5

تداوی خط دوم

تداوی خط دوم با(فانسیدار) درواقعات فلسپارم مقوم باکلوروکین بکار میرود .کلوروکین درملاریای ویواکس همیشه نسبت به فانسیدار موثریت بیشتر دارد.

عوارض جانبی

فانسیدار دارای عوارض جانبی خطرناك است .دوعارضهٔ بسیار معمول آن عبارت از سندروم ستیفن جانس و agranulocytosis میباشد.
سندروم (Steven Johson)عبارت ازیك عکس العمل الرژیك عمومی است که جلد وغشای مخاطی راماوف میسازد.

agranulocytosisعبارت از تنقیص درتعداد کرویات سفید خون است این آفت میتواند به طرف یك انتان شدیدسیر نماید .بعضاً مریضانیکه با فانسیداد تداوی میشوند درجریان چند هفته بعداز تداوی به agranulocytosis مبتلامیشوند .باالنتیجه نزد چنین مریضان انتاباکتریائی بوجودآمده وتب بلنددر نزد شان بملاحظ میرسد .کارکن صحی ایکه به لابراتوار دسترسی نداشته باشد ممکن تصور نماید که مریض دوباره به ملاریا مبتلا شده واورابا فانسیدار تداوی نماید این کار ممکن مریض رابکشد.لذا:

الف.فانسیدارباید برای واقعات ملاریای مقاوم مقابل کلوروکین نگهداشته شود مقاومت تنها میتواند بوسیلهٔ معاینهٔ مایکروسکوپیك تشخیص گردد که در مبحث تشخیص مقاومت مقابل کلوروکین روی آن روشنی انداخته میشود.

ب .فانسیدار نباید برای مریضانی تجویز گردد که مقابل این دوا وسایر ادویه گروپ سلفا (مانند کوتر یمکسازول یا سلفادیازین)عکس العمل الرژیك نشان میدهند .

ج . هیچگاه نباید تداوی دوباره بافانسیدار در فاصلهٔ کمتر از سه هفته تکرار گردد.

د .فانسیدار نباید برای اطفال کمتر از هشت هفته تجویز گردد.

فانسیدار ممکن به خانم های حامله درمواقع ایکه ضرورت احساس شود ،به مقصد تداوی داده شود.

چطورمقاومت کلوروکین تشخیص میشود؟

۱--درصورتیکه باوجود دوزاژدرست کلوروکین درنزد مریض تحت تداوی اعراض وعلایم آفت بیشتراز سه روزادامه یابدویااعراض مرض درجریان یك دوره چهارهفته بعداز شروع تداوی کلوروکین دوباره بروز نماید مقاومت مقابل کلوروکین مورد شك قرار میگیرد

(اگر متیقن نباشیم که آیامریض ادویه رابصورت مکمل اخذ نموده یاخیر ویایك قسمت ازآن ممکن بااستفراغ خارج شده باشد باید تداوی باکلوروکین تحت نظارت دوباره تکرار گردد).

٢--درصورتیکه مقاومت مقابل کلوروکین مشکوك باشد باید یك سلاید جدید تهیه گردد

(درصورتیکه مریض برای بار اول دریك واحد مراقبت صحی دیده شده باشد که لابراتوار در آنجاوجودندارد باید به یك مرجعی فرستاده شود که در آنجاسهولت لابراتواری میسراست).

٣--مقاومت مقابل کلوروکین زمانی تثبیت میشود که معاینهٔ سلاید اشکال غیر زوجی پلازموریم فلسیپارم (مانند حلقه هاویاتروفوزوئیت) رانشان دهد واقلاً یك هفته از شروع تداوی باکلورکین گذشته باشد، مریض باید بافانسیدار تداوی گردد.

--اگر تنها چهارتاشش روزاز شروع تداوی باکلوروکین گذشته باشد درینصورت مقاومت دواثابت شده نمیتواند لاکن در صورتیکه مریض شدیداًمصاب ملاریاباشد باید تداوی با فانسیدار شروع گردد.

--درصورتیکه سلاید منفی باشد ویاتنها گامیتوسیت رانشان دهد به هیچ وجه مشکل موجوده ملاریانخواهد بود .مریض رابه دقت معاینهٔ نمائید . تهیهٔ یك سلاید دیگر درجریان چند روز بعد باارزش خواهد بود.

--فانسیدار نباید درصورت عدم موجودیت سلاید مثبت وشواهد مقاومت مقابل کلوروکین تجویزگردد.

دوزومستحضرات فانسیدار

فانسیدار به شکل تابلیت های حاوی سلفادوکسین ٥٠٠ ملی گرام وپیری میتامین ٢٥ ملی گرام موجوداست .دوز مناسب آن عبارت از

25 mg /kg (سلفادوکسین) و1.25 mg/kg (پیری میتامین).
دوزتداوی فانسیدار نظر به سن درجدول ذیل نشان داده شده است :

سن Age group	وزن Weight range	تعدادتابلیت ها No.tablels (single dose)
8 weeks-1 yr .	4.0-9.9k	1/4-1/2
1-3 years	10.0-14.4kg	1/2-3/4
4-6 years	14.5-18.4kg	1
7-11years	18.5-34.9kg	1 1/2
12-15years	35.0- 59.9kg	2
16 and more	60 and more	3

فانسیدار نباید درنزد اطفال کمتر از هشت هفته تجویز گردد . تداوی چنین مریضان باید در صورت مقاومت باکلوروکین وسایر حالاتیکه درآن فانسیدار مضاد استطباب است باکونین صورت میگیرد.

مقاومت مقابل فانسیدار

مقاومت دوایی مقابل فانسیدار درملاریای نوع فلسپارم احتمالاً درافغانستان بسیار نادر است

اما واقعات آن ممکن بزودی ویابعدأ تبارزنماید (بزودی درصورتی که این دوابه پیمانۀ زیاد استعمال شود).مقاومت دوایی مقابل فانسیدار میتواند مانند کلوروکین دقیقاً تشخیص گردد اما تفاوت آن اینست که درچنین حالت تداوی بافانسیدار نباید درفاصله سه هفته تکرارگردد .به اینصورت بهتر خواهد بود مریض وادارساخته شود تاادویه را درحضور کارکن صحی (وشاید دواساز) اخذ نماید تاباشد که درمورد گرفتن دوز درست ادویه یقین حاصل گردد. در صورت موجوریت شواهد خوب درمورد مقاومت دوای ملاریای فلسپارم درمقابل فانسیدار لازم است کونین زرق برای هفت روز تطبیق گردد . درصورت موجودیت تابلیت کونین تداوی باادویۀ مذکور باعین دوز زرق ترجیح داده میشود.از آنجائیکه مقاومت دوایی مقابل فانسیدار بسیار نادراست ،لذانگهداشتن تابلیت کونین درواحد های مراقبت صحی ضروری پنداشته نمشود.واقعات مقاوم ملاریا مقابل فانسیدار باید توسط مسؤلین کلینیك های مربوط به دفتر ساحوی WHO درپشاور راپور داده شود . راپور باید به شکل کتبی باشد که تمام جزئیات واقعه رابشمول موقعیت احتمالی جغرافیائی آن بانتایج لابراتواری وتداوی مجوزه (اجراشده) بیان دارد .البته بهتر خواهد بود اگر راپور همراه باسلاید فرستاده شود.

تداوی واقعات اختلاطی ملاریا

ملاریای اختلاطی عبارت از ملاریای میباشد که توسط پلازموديم فلسیپارم بوجود آمده اختلاط دریك یا چند عضو بملاحظه برسد . ملاریای دماغی ،اختلاط معروف ملاریا میباشد. دراشکال شدید ملاریای دماغی مریض بحالت کومای عمیق (بیدارنمیشود) ،قراردارد .اما واقعات ملاریا باسایر اعراض دماغی مانند سایکوز یااختلاج نیزبایدمانند

ملاریای دماغی تداوی شود .ازجانب دیگر موجودیت اختلاج تب دار (ناشی ازتب)در

نزد اطفال که درینصورت طفل بزودی شعور خود رابازمی یابد نباید به ملاریای دماغی اطلاق گردد.سایر اشکال اختلاطات ملاریاعبارتند از ملاریای همراه باکم خونی شدید - ملاریای کبدی (ممکن بشکل هیپاتیت بنظربرسد) ، ملاریا باعدم کفایه گرده وهمیوگلوبین یوریا. تشخیص ملاریای اختلاطی تنها زمانی بطور یقینی صورت گرفته میتواند که پلازمودیم فلسیپارم غیر جنسی دریك سلاید بمشاهده برسد که درینصورت پرازیت هامعمولاً متعددمیباشد . درصورتیکه ملاریای دماغی مشکوك باشد بادرنظرداشت امکانات باید کشیدن مایع دماغی نخاع شوکی ازکمر اجرأ گردد . مریضانیکه مننجیت باکتریایی داشته باشند ممکن پرازیت ملاریادر جریان خون شان دریافت گردد. اگرچه باید تداوی ملاریا به اساس دریافت لابراتواری صورت گیرد امااز جانب دیگراگر امکانات لابراتواری‌دردسترس قرارنداشته باشد درتداوی‌لازم نباید تأخیر بعمل آید.

درصورتیکه یك کارکن صحی فکر کند که یك مریض از ملاریای‌دماغی شاکی است باید تداوی مریض به اسرع وقت شروع شود .بعضاًلازم می افتد که یك دوز کونین تطبیق گردیده وبعدا مریض به یك شفاخانهٔ مجهزتر فرستاده شود.

درتمام واقعات اختلاطی ملاریاومخصوصاً ملاریای دماغی وملاریادرنزد زنان حامله کاهش گلوکوز خون (هایپوگلاسیمی)بسیار معمول است .ازینکه این حادثه یك حالت بسیار خطر ناك بشمار میرود لازم است درهر مریض ملاریا که ضیاع شعور داشته باشد باید همراه باتداوی ملاریایك زرق وریدی گلوکوز ۵۰ فیصدویاانفیوژن گلوکوز ۱۰ یا۲۰ فیصد تطبیق گردد.درصورتیکه به این تداوی دسترسی موجود نباشد دیده شود که آیاتطبیق آن از طریق تیوب انفی معدوی ممکن است واگر آنهم ممکن نباشد باید درمورد امکانات آن از طریق دهن فکر شود. درصورت اطفال جوان اکثراً ممکن است اما باید درمورد خطر اسپریشن ریوی (تنفسی) زیاد محتاط بود . فعلاً که مقاومت دوایی مقابل کلوروکین تظاهر مینماید بهترین تداوی‌ملاریای اختلاطی عبارت از کونین عضلی است . تعدادزیادی از داکتران هنوزهم عادت دارند کونین رابشکل انفیوژن وریدی تطبیق نمایند لاکن زرقیات عضلی کونین دارای عین مؤثریت بوده وضمناًخطر کمتر راباخود دارد.درصورتیکه کونین دردسترس قرارنداشته باشد میتوان از کلوروکین زرقی استفاده نمود(به تداوی خط اول مراجعه شود)

واگر آنهم میسرنباشد کوشش نمائید مریض راوادار‌به گرفتن تابلیت های فمی کلوروکین یافانسیدار بسازید واگر آنهم مشکل باشد مریض رابه خطر اسپریشن تنفسی معروض سازید وبه زودی ممکن اوراانتقال دهید.

-وزاژ کونین

وزاژکونین ده ملی گرام نمك کونین - فی کیلوگرام وزن بدن - هر شش ساعت میباشد یال های کونین که معمولاً درافغانستان بکار میرود حاوی ۶۰۰ ملی گرام کونین -درهر ۲ ملی لیتر میباشد (300 mg /ml).بااین تناسب مقادیریکه باید نظر به وزن تجویز گردد درذیل بملاحظه میرسد باویال های مختلف البته مقادیر ادویه تفاوت میابد بخاطر باید داشت که شما نمیتوانید دوزکونین رامانند کلوروکین بدرستی تعین نمائید مگر اینکه مریض راوزن نمائید.

کونین هایدرو کلوراید یاسلفات

وزن Weigh	فی دوز Quinine HCL or sulphate	حجم فی دوز Volume per dose per dose
4-4.9kg	40-50mg	0.1-0.2ml
5-7.4kg	50-70mg	0.2-0.3ml
7.5-9.9kg	75-100mg	0.3ml
10-14.9kg	100-150mg	0.3-0.5ml
15-19.9kg	150-200mg	0.5-0.7ml
20-29.9kg	200-300mg	0.7-1.0ml
30-39.9kg	300-400mg	1.0-1.3ml
40-49.9kg	400-500mg	1.3-1.7ml
50kg or more	600mg	2ml

تداوی باکونین زرقی باید تازمانی‌ادامه یابد که مریض قاردبه گرفتن ادویه از طریق دهن

گردد زمانیکه مریض قادرگرفتن ادویه از طریق دهن گردند باید بصورت نارمل یك دوز واحد فانسیدار برایش داده شود (به تداوی خط دوم مراجعه شود) درصورتیکه فانسیدار دردسترس قرار نداشته باشد یامریض به زودی بهبود کسب ننماید احتمال موجودیت یك آفت درنظرگرفته شود.

تداوی کونین ذرقی الی تکمیل کورس هفت روزه تداوی ادامه داده شود .تطبیق همزمان کلوروکین باکونیَن نتایج وعوارض جانبی خطر ناکی رادرقبال دارد ،لذا کوشش بعمل آید تااز تداوی اشتراك این دو ادویه خود داری گردد.هیچ گاه مریض راباکونین وکلوروکین زرقی بصورت همزمان تداوی ننمائید.

کونین هنوز هم درتداوی ملاریای اختلاطی مؤثر است .

درتداوی ملاریای وایواکس کلوروکین همیشه مؤثر تر است .

درمورد ملاریا فلسیپارم غیر اختلاطی دلیلی برای تداوی با کونین وجود ندارد . درصورتیکه کونین به پیمانۀ وسیع استعمال گرددمقاومت مقابل کونین نیز مانند کلوروکین بوجود خواهد آمد .لذا باید درزمینه محتاط بود که تنها درصورت ضرورت حتمی ازین ادویه استفاده بعمل آید. این واقعیت درموردفانسیدار نیزصدق میکند.

دکتورانیکه میخواهند درمورد ملاریای اختلاطی معلومات بیشتر کسب نمایند میتوانند رساله (ملایای‌شدید واختلاطی)راازدفتر ساحوی WHO درپشاور مطالبه نمایند.ولی بخاطر باید داشت که ملاریای اختلاطی باید وقایه شود تااینکه تداوی گردد وقوع واقعات متعدد ملاریااختلاطی برعدم تداوی درست ملاریادرزمان مناسب آن دلالت مینماید که در صورت تداوی درست ومقدم کاملاً مؤثر وکافی میباشد .این وظیفه دکتوران است که غلطی موجود رادریافته وباکارکنان صحی متوسط درمورد اقدام اصلاحی آن کارنمایند.

قدم اساسی درین جهت عبارت خواهد بود از تفهیم مردم برای حصول تداوی مقدم وبوقت وزمان آن وکسب یقین درمورد پیروی کارکنان متوسط صحی ازدستور العمل های تداوی ملاریا.

بعضی مریضان علاقمند معاینۀ خون قبل از شروع تداوی ضد ملاریا میباشند که این عادت درصورت موجودیت امکانات مایکروسکوپی بجاودرست میباشد ودرغیر آن ممکن تداوی بصورت خطر ناك به تأخیر افتد.

کنترول سلاید درمریضان مصاب به ملاریا

تعدادزیاد کارکنان صحی درمورد تهیهٔ سلاید بعداز تداوی مریضان ملاریابخصوص ملاریای نوع فلسپارم آموزش یافته اند تاملاحظه نمایند که آیا کلوروکین مؤثر بوده یاخیر؟
درشرایط افغانستان این کورس همشه مؤثر نیست .دربعضی مریضان ممکن سلاید مثبت دریافت گردد اما اگر حالت عمومی صحی شان خوب باشد وکدام عرض ملاریادرنزد شان موجود نباشد مواجه ساختن چنین مریضان به خطرات وعوارض جانبی فانسیدار غیر عاقلانه خواهد بود . فلهذا درفعالیت های عادی یامعمولی کارکنان صحی باید درمورد میکروسکوپی چنین تصور داشته باشد که مایکروسکوپی تنها آنها را درجهت مراقبت درست کلینیکی کمك نموده میتواند .تهیه سلاید باید زمانی صورت گیرد که حالت کلینیکی مریض قناعت بخش نباشد وشما فکر نمائید که نتیجه سلاید ممکن شمارادرجهت اتخاذ تصمیم درست کمك نماید.
درصورتیکه شما درمورد حالت مریض تشویش داشته باشید که ممکن روبه وخامت رود، بطورمثال خانم حامله ویایك طفل ضعیف وکم خون ایکه بخاطر ملاریای فلسپارم با کلوروکین تداوی میشود باید مریض برای کنترل دوباره خواسته شود لاکن کارلابرانوار رانباید باکنترول روتین تمام مریضان سنگین ساخت .

تعلیمات صحی عامه درمورد ملاریا

به هر اقدامی که افراد درمواجه باتب یا سایز اعراض تشخیصی برای ملاریا دست میزنند برای تشخیص وتداوی نهائی موفقانهٔ ملاریا بااهمیت بوده میتواند. علاوه برآن اقداماتی که فامیل ها واجتماعات مختلف برای محافظت شان درمقابل ملاریا اتخاذ میکنند درکاهش خطر مصاب شدن به انتان میتواند مهم باشد .تعلمات صحی نقش عمدهٔ دربوجود آوردن تغییرات درسلوك انسان ها ودر مورد تداوی محافظت فردی وسایراشکال کاهش خطر دارد که باید بازی نماید.

مردم باید اهمیت تداوی عاجل وکافی ملاریای مشکوك را بدانند بخصوص درنزد گروپ معروض به خطر بلند مانند اطفال جوان وخانم های حامله .تداوی کافی به این مفهوم که تمام تابلیت هاطوریکه تجوویز گردیده ،اخذگردد وبرای یك حمله بعدی یا استفاده از آن برای عضو دیگر فامیل پس انداز نه شود .تداوی کافی نیاز برای زرقیات که یك دوز کافی تداوی راعرضه نمیکند ، نمیباشد .استفاده از زرقیات میتواند باعث انتقال امراض گردد .دانستن ملاریا همچنان دلالت برآن میکند که درصورت پرازیت مقاوم به مقابل ادویه مورد استعمال ممکن تداوی نتیجه بدهد وبه تداوی معاوضوی دریك قدمه ریفرال ضرورت خواهد افتاد .درپایان چند جنبه سلوکی کنترول ملاریا دیده میشود که تعلیمات صحی درمورد اساسی پنداشته میشود.

تعلیمات صحی

تعلیمات صحی بخشی از مراقبت صحی است که باانکشاف سلوکی صحی ارتباط میگیرد.

.از ینطریق مامردم رادرجهت فهمیدن صحت واینکه چطورسلوك آن ممکن صحت شانرا متأثر بسازد ،کمك مینماییم .

مامردم را تشویق مینماییم.

مامردم رابرای تغییر مجبور نمیسازیم .

تعلیمات صحی جانشین سایر خدمات صحی نمشود بلکه این مبحث تعلیمات صحی سلوکی راتشویق مینماید که صحت راترویج بخشیده ،مرض را وقایه وتداوی مینماید واحیای مجدد راسهولت میبخشد .تعلیمات صحی صرف معلومات صحی نمیباشد . معلومات درست یك بخش اساسی تعلیمات صحی میباشد ،لاکن تعلیمات صحی باید سایر فکتور ها رانیز بیان دارد که سلوك صحی رامتأثر میسازد ،مانند دسترسی به منابع مؤثریت رهبری اجتماع ،حمایت اجتماعی اعضای فامیل وسویه های مهارت های کمك خودی .

تعلیمات صحی روش های مختلفه ایرابکار میبرد تامردم راکمك نماید حالت شانرا درك نموده وفعالیت های راانتخاب نمایند که صحت شانرا بهبود خواهد بخشید .تعلیمات غیر مکمل خواهدبودمگراینکه سهم گیری مردم وانتخاب سلوك توسط خود مردم راتشویق نماید.

پیشگفتـــار

این رساله حاوی رهنمای تداوی است که برای پرسونل صحیدردورترین سیستم مراقبت صحی-مراکزصحی وشفاخانه های ولسوالی جهت دستیابی به تشخیص ملاریا،عرضه تداوی مناسب ،انتخاب واقعات برای ریفرال ،تداوی آفت شدید وانکشاف سلوك صحی برای کنترول ملاریا ضروری پنداشته میشود. این رساله میتواند جهت استفاده درکنترول ملاریا درشرایط فعلی افغانستان به آسانی وفق یابد .این رساله توسط متخصصین ملاریا ازدفتر مرکزی سازمان صحی جهان بعداز مشاهده سیستم مراقبت صحی برای افغانها درپاکستان (مهاجرین) وافغانستان (دهات کشور) تهیه وترتیب گردیده است.

تعلمیات صحی ارتباط میگیرد به افراد ،گروپها واجتماعات .مشاوره یکی از روش هائیست که درتعلیمات برای کمك به افراد وفامیل بسیار زیاد بکار میرود. مشاوره بیشتر بالای مهارت تبلیغ وار تباط استواراست .

مواقع برای مشاوره زمانی بوجود میآید که ماباافراد وفامیل هاکار نمائیم یابا مریضان درمرکز صحی ویا بازدید ازیك خانه .مشاوره باید یك بخش تداوی ومراقبتی باشد که به یك شخص مریض یا معروض به مشکل داده میشود . همچنان یك جنبه مهم وقایه مرض وترویج صحت میباشد زیراکه این امر مردم راکمك مینماید بدانند آنها کدام کاری راباتلاش وکوشش خود شان انجام داده میتوانند تااز مرض جلو گیری کنند وحیات شان رابهبود بخشند.

کار باگروپ ها یك فعالیت بزرگ درتعلیمات صحی بشمار میرود.زمانیکه مردم برای تشخیص ،تعریف وحل یك پرابلم گرد هم میآیند آنها نسبت به کار انفرادی منابع بیشتر رادراختیار دارند. گروپ اکثراً کار های راازنجام داده میتواند که افراد به تنهائی خود ازانجام آن عاجز اند. گروپ هااعضای شانرادرعملی نمودن سلوك صحی حمایت مینمایند. این روش همچنان مردم راقادر به آموختن ازیکدیگر میسازد.

قادرساختن اجتماعات به حصول مهارت های لازم برای دفاع خودی انکشاف صحت یکی از اهداف عمده تعلیمات صحی میباشد از طریق سهم گیری اجتماع ،اشخاص مسلکی مشکلات صحی رامطالعه نموده وبا درمیان گذاشتن دانش وتجربه شان راه ها ووسایل حل این مشکلات راانکشاف میدهند .نقش مایان کمك به اجتماع است درجهت انتظام خودی که به اینصورت آموزش صورت خواهد گرفت ودر عمل از آن پیروی خواهد شد.

نقش کارکنان صحی

پرسونل تعلیمات صحی درمراکز مراقبت های صحی اولیه مانند مفتشین صحی ،کار کنان صحی عامه واجتماع را میتوان به ارتباط مسؤلیت های فردی واجتماعی علیه ملاریا درتحت عناوین ذیل خلاصه نمود:

-تشخیص وتداوی سریع ومؤثر ملاریا
----کاهش تماس بین مردم وپشه ها
---کنترول تکثر پشه ها

۱- تشخیص وتداوی سریع ومؤثر ملاریا

- افراد رادر مورد اهمیت جستجوی عاجل تداوی و گرفتن ادویه طبق تجویز مشوره دهد
- برای افراد تشریح نماید که چراآنها در قدمهٔ مناسب ریفرال درپی تداوی شوند
- برای خانم های حامله در مورد تدابیر ممکن برای کنترول ملاریامشرره بدهد
- برای بدست آوردن موافقهٔ انفرادیباامر ذیل باگروپ های اجتماع مشوره بدهد:

- تقاضای کمك

-تکمیل یك کورس مکمل تداوی

۲- کاهش تماس مردم با پشه

- با استفاده از جالی های بستر (ترجیجآ مفطوس شده دریك مادهٔ حشره کش)
- بااستفاده از مواد ضد عفونی مانند فنر های پشه کش
- باآویختن پرده ها روی دروازه وکلکین های خانه
- با کشتن پشه دربین خانه
- جابجا کردن مواد فاضلهٔ حیوانات دوراز محل مسکونی بین محل معلوم تکثر پشه ومحل مسکونی برای مانع شدن تغذی پشه
- پوشیدن لباس های محافظوی در هنگام شب بیرون از خانه .

۳- کنترول تکثرپشهٔ

محلات طبیع تکثر پشهٔ انافل ممکن دایمی باشد مانند دریا ها ،جوی ها، لجن زارها ویا سایر اشکال آب ایستاده ویا ممکن درموسم بارانی ویا بقسم نتیجه بصورت مؤقتی بوجود آید.

محلات تکثری ایکه توسط انسان بوجود میآید ممکن دایمی باشد مانند ذخیره های حفریات وگودال هائیکه درهنگام باران از آب پر میشود .محلات تکثری موقتی ایکه توسط انسان بوجود میاید،میتواند به آسانی باتلاشی های فردی واجتماعی جلوگیری واز بین برده شود.پرسونل مراکز مراقبت های صحی اولیه باید برای‌جلوگیری از تکثر پشهٔ انافل درمورد نکات ذیل مردم راهنمائی نموده ومشوره دهند:

- تخلیه واداره آب ولزوم اشتراك آنها درین فعالیت ها
- بعهده گرفتن مبارزهٔ صفائی اجتماع برای از بین بردن محلات مساعد برای جمع شدن آب
- بائر کردن زمین از طریق پرکردن گودال ها وتخلیه آب ازآن .

پشه خانهٔ آلوده با دوا (Treated bednet)*

پشه خانه از جالي ائیکه دارای سوراخهای خورد است ساخته شده که دورادور بستر خواب نصب میگردد تا از دخول حشرات و پشه در بستر خواب ممانعت کند . جالي پشه خانه از سوراخهای کوچك ۱،۵ - ۲ ملي متر ساخته شده که مانع ورود پشه در بستر خواب میگردد ولی باز هم ممکن قادر گردند که از پشت این جالي تغذیه نمایند . آمیختن ادویهٔ حشره کش ها برای دفع کنندهٔ پشه میباشد . پشه خانه ها را از مواد ترکیبي (مانند نایلون ، پولي ایستر ویا پولی ایتلین و غیره یا از پنبه میسازند که از زمان قدیم تا حال استعمال شده اند . در حالیکه معامله نمودن آن با حشره کش ها در سالهای اخیر بوجود آمده است . ازین نوع پشه خانه های آلوده شده با حشره کش به میلیون ها عدد در افریقا ، حوزهٔ جنوب شرق آسیا ، چین و امریکای لاتین موارد استعمال دارد .

پشه خانه ها در افغانستان از سال ۱۹۹۱ به اینطرف معرفي و رایج گردیده است . وقتیکه مردم کار خوب پشه خانه آلوده شده با دوا را تجربه کردند ، تقاضا بصورت روز افزون بالا رفت و ذخایر موجود جوابگوی تقاضای مردم نمیباشد .

کدام حشره کش ها برای آلوده ساختن پشه خانه استعمال شده میتواند

بسیاري از حشره کش ها مانند دی.دی.تي و مالاتیون برای آلوده ساختن پشه خانه مناسب نیست زیرا تاثیر آنها کُند میباشد . پشه پیش از اینکه مقدار کُشندهٔ آنرا بگیرد ، فرار میکند . از طرف دیگر بسیار از حشرات درمقابل یکتعداد حشره کش ها مقاومت حاصل کرده اند . بعضی از حشره کُش ها مربوط به گروپ پیریترایدِ Pyrethroid برای آلوده ساختن پشه خانه ها مناسب میباشد . اینها زودتر تاثیر میکنند ، برای حشرات بسیار زهري است ، لیکن به این مقداریکه در پشه خانه ها زده میشود ، زهري نیست .

* مواد پشه خانه آلوده با دوا توسط HNI تهیه گردیده .

پیرمترین و دلتامترین از بهترین مشتقات پیریتراید است که برای آلوده ساختن پشه خانه بکار میرود . این مواد به شکل مایع به غلظت های مختلف تولید میشود که با آب مخلوط میگردد . پیرمترین معمولاً به غلظت های ٥٠ % ، ٢٥ % و ١٠ % ساخته میشود . در حالیکه دلتامترین به غلظت های ٥ % و ٢،٥ % تولید میگردد . مقدار مستعملهٔ پیرمترین در هر متر مربع جالي در حدود (٢٥٠ - ٥٠٠) ملي گرام بوده در حالیکه مقدار دلتامترین در حدود ١٠ تا ٢٥ ملي گرام در هر متر مربع میباشد .

مقدار آب مورد ضرورت هر پشه خانه مربوط به مواد ساختماني ، ضخامت و اندازهٔ جالي است آسانترین طریقهٔ تخمین آب مورد ضرورت پشه خانه قرار ذیل است :

- در یك تشت یا سطل مقدار معلوم آب را بیاندازید .
- پشه خانه را در آب صحیح غوطه کنید که خوب تر شود .
- مقدار اضافي آب را به اثر فشردن یا شپیلیدن در ظرف دوباره بریزید .
- تفاوت آبیکه در ظرف باقي مانده و آبیکه در ابتدأ در ظرف انداخته شده بود ، عبارت از آب مورد ضرورت پشه خانه میباشد .

پشه خانه های پنبه ئي نظر به رشته های ترکیبي دو یا سه برابر آب بیشتر ضرورت دارد. یك پشه خانهٔ پولي ایستر یك نفري که ٩ متر مربع مساحت داشته باشد ، ٣٠٠ ملي لیتر آب ضرورت دارد ، در حالیکه پشه خانهٔ فامیلي که ١٦ متر مربع مساحت دارند ، ٥٠٠ ملي لیتر آب ضرورت دارند .

در جدول ذیل غلظت های مختلف اندازهٔ دوای حشره کُش ها نشان داده شده است (اندازه های محاسبه شدهٔ دوا به اساس ٥٠٠ ملي گرام في متر مربع برای پیرمترین و ٢٥ ملي گرام في متر مربع برای دلتامترین میباشد) .

حشره کُش	غلظت	في متر مربع	پشه خانهٔ یك نفري (۹ متر مربع)	پشه خانهٔ فامیلي (۱٦ متر مربع)
پیرمترین	۱۰%	۵ ملي لیتر	۴۵ ملي لیتر	۸۰ ملي لیتر
پیرمترین	۲۵%	۲ ملي لیتر	۱۸ ملي لیتر	۳۲ ملي لیتر
پیرمترین	۵۰%	یك ملي لیتر	۹ ملي لیتر	۱٦ ملي لیتر
دیلتامترین	۲،۵%	یك ملي لیتر	۹ ملي لیتر	۱٦ ملي لیتر
دیلتامترین	۵%	۰،۵ ملي لیتر	۴،۵ ملي لیتر	۸ ملي لیتر

عملیهٔ آلوده ساختن

- دَر صورتیکه پشه خانه جدید نباشد قبل از معامله با دوا پاك و خُشك گردد .
- یك پشه خانه برای مدت کافي در دوا غوطه شود تا محلول حشره کُش معینهٔ خودرا جذب نماید .
- کسانیکه چندین پشه خانه را دواکاري میکنند ، باید دستکش بپوشد ، اما برای آلوده ساختن یك پشه خانه دستکش ضرور نیست .
- مقدار لازمهٔ حشره کُش و آب را مطابق جدول فوق الذکر در یك ظرف بزرگ (تشت ، سطل و غیره) خوب مخلوط نمائید .
- از استوانهٔ درجه دار بزرگ برای آب و استوانهٔ درجه دار خورد برای اندازهٔ حشره کُش استفاده گردد .
- پشه خانه رادربین مخلوط غوطه نموده ، تا وقتی مشت و مال گردد که تمام تار های پشه خانه تر گردد .
- بعداً پشه خانه را خوب باز نموده در سایه اویزان کُنید تا خشك گردد یا آنرا در پارچهٔ پلاستیکي بگذارید . اگر طریقهٔ آخري استعمال میگردد ، یعنی پشه خانه را در پلاستیك میپیچانید ، پشه خانه باید پشت و روي گردد .

پيام های اساسي در مورد پشه خانه های آلوده با دوا

* پشه خانه های آلوده شده با حشره کُش ها شمارا از ملاريا حفاظت مينمايد . اينها پشه های ديگر و حشرات مانند شبش ، کيك ، مگس ، خسك ، مادر کيك و غيره را نيز ميکُشند .

* پشه خانه های دوا دار برای کسيکه زير آن ميخوابد ، مُضر نيست . اينها برای انسانها حتی برای اطفال و مادران حامله کاملاً بی خطر اند .

* خانم های حامله و اطفال کمتر از ۵ ساله در مقابل ملاريا بسيار آسيب پذير بوده ، اينها شديداً از ملاريا متضرر ميگردند ، زيرا معافيت کم دارند ، بنا بر آن حق قدامت استفاده از پشه خانه برای اينها بايد داده شود .

* تأثيرات دوای پشه خانه برای ۴ تا ۹ ماه خواهد بود ، بنا برآن ايجاب مينمايد تا آلوده ساختن پشه خانه با دوای ضد حشره ، سال يك مرتبه تجديد گردد .

* شعاع آفتاب تأثيرات آنرا پائين می آورد ، بنا برآن چنين پشه خانه ها بايد از آفتاب دور نگهداشته شوند .

* پشه خانه بايد در خزان و زمستان نيز استعمال گردد ، زيرا درين اوقات سال که مردم داخل اطاق استراحت مينمايد پشه ها نيز در داخل اطاق استراحت نموده و بسياري از آنها ملاريای فلسيپارم را در همين اوقات سال انتقال ميدهند .
بناءً کسانيکه درين وقت از پشه خانه استفاده نمی نمايند بهتر است آنرا در کلکين ها او يزان نموده تا از ورود پشه ها بداخل خانه جلوگير بعمل آيد .

* ذرات دوای حشره کُش حين شستن از بين خواهد رفت ، بنا برآن وقتی پشه خانه مورد استعمال قرار دارد نبايد شسته شود ، آنها صرف قبل از آلوده ساختن با دوا بايد شسته شوند .

کنترول اپیدیمیك

۱- آگاهی از حالات خطر خاص .
۲- دانستن شخص هائیکه ممکن یك اپیدیمی را پیشگوئی کند.
۳- پروگرام مداخلوی ایکه در وقایع عاجل یا موجودیت اپیدیمی گرفته شود.

حالات خطر خاص

۱- حرکت کردن نفوس غیر معاف به مناطق اندمیك :

a-مهاجرین .
b- ساکن شدن دوباره .
c-استفاده از فرصت های اقتصادی .

۲- تغیرات طبیعی محیط
a- تغیر زیاد حرارت (گرمی یکدم)
b- باران غیر معمولی

۳- پروژه های زراعتی .
a- زیادی کشت شالی (برنج)
b- انکشاف اجتماعی _ اقتصادی

۴- کاهش اثر اسباب کنترول :
a-کم شدن حساسیت پرازیت در مقابل ادویه ضد ملاریا .
b-کم شدن حساسیت ناقل در مقابل حشره کش .
c-منابع ناکافی (افغانستان)

شاخص های تهدید کننده با اپیدیمك موجود

۱- زیاد شدن واقعات .
۲- زیاد شدن واقعات تب دار .
۳- ازدیا واقعات ملاریای تشخیص شده به اساس معاینات پرازیتولوژیکی .

۴- بلند رفتن واقعات ملاریای تشخیص شده به اساس معاینات تسویری .
۵- تکثیر نژاد ناقل شناخته شده .
محلات (رجوع غیر قابل کنترول مردم به شهرها ، خیمه ها خانه های گلی) .
٦- کاهش حساسیت ناقلین در مقابل دواهای حشره کش .

وقایه اپیدیمي ها

۱- دسترسي مقدم به معلومات در باره تغیرات در فکتور های خطر .
(آمدن آنی و زیاد شدن مهاجرین)

۲- دسترسی مقدم به معلومات در باره شاخص های تهدید کننده اپیدیمیك .
۳- بسیج سریع منابع تاعکس العمل سریع را در مقابل هر تغیر ایکه راپور داده شده ضمانت نماید.
۴- استعمال تخنیك های جدید که خطر ملاریا را پیشگوی نماید (پیش بینی Monsoon منعکس کردن Remote sensing- Satellite)

اهتمامات وقایه و کنترول اپیدیمیك

۱- تسهیلات برای مانیتور نمودن فکتور های خطر .
۲- تفهیم سریع معلومات مناسب برای تصمیم گیرنده ها.
۳- مداخله سریع .
۴- پلان احتمالی که اجازه ارزیابی سریع منابع را بدهد .

(بودیجه ، پرسونل تربیه یافته ، اکمالات)

۵- مقادیر کافی سامان عاجل باید ذخیره شود و در محل ایکه توزیع مقدم آن آسان باشد جابجا شود.
٦- سامان و لوازم عاجل بصورت منظم (از نظر کیفیت و مؤثریت) چك گردد.

مداخله در واقعات عاجل یا اپیدمی موجوده

۱- کشف مقدم و تداوی واقعات
۲- وقایه توسط دوا:
a-تمام نفوس غیر معاف
b-تمام اطفال
c-تمام خانم های حامله
۳-دوا پاشی خالیگاها ، اگر کثرت نفوس انسانی زیاد باشد.
۴- دوا پاشی داخل خانه

۵- کشتن لارواها

مقاومت دوا

a-حساس
R I-b : اعراض و پرازیتیمیا (موجودیت پرازیت در خون) غائب میگردد اما در بین ۲۸ روز دوباره بروز میکند.
R II-c : اعراض غائب میگردد اما پرازیت ها در خون موجود میباشد .
R III-d : نه اعراض و نه پرازیتیمیا از بین رفته بلکه در حال پیشرفت میباشد .

وقایه توسط دوا

۱- هیچ دوای ضد ملاریا ۱۰۰% محافظه کننده نیست .
۲- اشخاصیکه ادویه ضد ملاریا میگیرند امکان بوجود آمدن ملاریا در آنها بصورت واضح کمتر از اشخاصی است که دوای وقایوی اخذ نمیدارند.
۳- انتخاب ادویه ضد ملاریا ایکه استعمال میشود مربوط به فکتور های مختلف ذیل است
a-شدت انتقال . b-توسع و درجه مقاومت . c-تناسب خطر / مفاد دوا.
d- مدت اقامت در ناحیه اندیمیك .

۴- محافظه انفرادی بسیار مهم است .

مقـــدمه

انتان ملاریا مسؤل بوجود آوردن تعداد قابل ملاحظهٔمصابیت هابوده وپلازمودیم فلسپارم سبب بوجود آمدن وفیات درنزد افراد آسیب پذیر (مساعد)تمام ساکنین افغانستان میگردد که باعراض وعلایم غیر مشخص بظهور میرسد .اکثر واقعات نمیتواند تنهابا معاینهٔ کلینیکی تشخیص گردد وبرای اینکه تصمیم اتخاذ گردد که آیا مریض باپرازیت ملاریا منتن است یاخیر؟ واگرچنین باشد کدام نوع پرازیت موجود است؟معاینهٔ لابراتواری ضروری پنداشته میشود.

فلهذا معاینهٔ مایکروسکوپیك نقش مهم ایرادرگذاشتن تشخیص وانتخاب ادویهٔ مناسب برای تداوی بازی میکند . در مناطق باشیوع بلند ملاریا برای اطفال کمتر از پنج سال ،زنان حامله واطفال داخل رحم شان ومسافرین حساس (غیرمعاف) بطورویژه خطرناك میباشد.

بدین ملحوظ ایجاب میکند مردم وکارکنان صحی درمورد ملاریا واقداماتی که جهت وقایه اتخاذ میگردد ، تشخیص سریع وتداوي کافی آفت آگاهی حاصل نمایند .مراقبت صحی مستقر دراجتماع باید توسط سهولت های ریفرال درقدمه های مختلفهٔ سیستم مراقبت صحی تقویه گردد.این نمونه برای مزید معلومات کار کنان خدمات صحی درنقاط دوردست وولسوالی ها تهیه دیده شده است تاباشد که آنها رادرجهت بهبود دانش ومهارت شان در کنترول ملایاکمك نماید .این رساله برای دکتوران وکارکنان صحی متوسط موظف دردهات افغانستان طرح گردیده است.

Published by M.O.P.H. Afghanistan with
technical and financial support of W.H.O.
July 1997

ناشر: وزارت صحت عامه دولت اسلامی افغانستان
بامساعدت مالی و تخنیکی سازمان صحی جهان

جولائی ۱۹۹۷ع

انتخاب پالیسي وقایه ملاریا دردوران حاملگي درافغانستان
توسط پروفیسور H. M. Gilles

انتخاب طروق وقایه براي متصدیان حمایه طفل ومادر وکارکنان مراکز صحي .

۱- تجویز فانسیدار (سه تابلیت دریك روز) دراولین روز مواظبت یك مادر در ترایمستر دوم (سه ماه حاملگي وشروع تراي مستر سوم (سه ماه سوم حاملگي) همز مان با تجویز سیروم تیتانوس غرض دادن معافیت به مادر باردار صورت گیرد.

اختیار شیوه وقایه براي متصدیان حمایه طفل ومادر، کارکنان مراکز صحي اساسي ودایه هاي محلي.

۲. تداوي معالجوي سه روزه باکلوروکین درمواظبت اول براي مادران باردار صورت گیرد. بعد ازآن تداوي به صورت هفته وار با تجویز 300 mg کلوروکین base تازمان ولادت ویکماه بعد از ولادت دوام شود.

۳. براي مادران حامله اهمیت تداوي ملاریارا تفهیم نمایید. وایشانرا آگاه سازید تا هفته وار اززمان مواظبت اول (تازمان ولادت) وحتي یکماه بعد از ولادت باگرفتن هفته 300 mg کلوروکین base تداوي خویش را دوام بدهد.

بسم الله الرحمن الرحیم

رهنماتداوی ملاریابرای دکتوران و کارکنان صحی متوسط درداخل افغانستان

تعریف

ملاریا یك آفت پرازیتی خون است که بواسطهٔگزیدن پشهٔ آنافل مؤنث به انسان سرایت میکند .این آفت متصف است به تب ،لرزه ،برزگ شدن طحال (تیلی)،کمخونی وسیر مزمن عودکننده .

دوران حیات پرازیت

عامل سببی مرض عبارت از پروتوزواهای نوع پلازمودیم است .چهار نوع پرازیت ایکه انسان رامنتن میسازد عبارتند از:

- پلازموديم وايواكس
- پلازموديم فلسپارم
- پلازموديم اوال
- پلازموديم ملاريا

انتان درنزد انسان زمانی تأسس میکند که پشه های انافل مؤنث درزمان مکیدن خون شخصی سالم پرازیت رادرخون شخص تلقیح(داخل)نماید .پرازیت درظرف یك ساعت از جریان خون ناپدید گردیده وداخل حجرات کبدی (جگر)میشود که درآنجابه هزارها

پرازیت انفرادی نابالغ (انکشاف نیافته) تکثر می یابد.انکشاف پرازیت دربین حجرات کبدی درنوع فلسپارم تقریباً یك هفته ودرنوع اول وایواکس ازیکماه الی چندین سال رادربرمیگیرد .درنوع پلازمودیم وایواکس واوال بعضی از پرازیت ها قبل از تکثر برای چندین ماه تایکسال درحجرات کبدی بقسم غیر فعال باقی میماند. باتمزق (پاره شدن) حجره کبدی حاوی پرازیت های بالغ ،پرازیت ها به جریان خون راه می یابند تاحجرات سرخ خون رامورد حمله قراربدهند.

انکشاف پرازیت درداخل حجرهٔ سرخ خون دو مسیر رااختیار میکند:

تکثر غیر زوجی یا تفریق پذیری به پرازیت های جنسی گامیتوسایت .پرازیت غیر جنسی به ٦ تا٢٤ پرازیت انکشاف یافته تقسیم میشود این رقم ارتباط میگیرد به نوع پرازیت ملاریا که از حجرهٔ منتن آزاد میشود وفوراًحجرات دیگر رامورد حمله قرار داده ودوباره به تکثیر آغاز میکند .پرازیت به تکثر خودالی زمانی ادامه میدهد که توسط معافیت میزبان یاادویهٔ ضد ملاریا کنترول گردد.درجریان تکثر غیر ذوجی بعضی از پرازیت ها به شکل گامیتوسیت انکشاف می نماید.پلازمودیم فلسپارم بالغ ،کریوات سرخ خون رادرتمام مراحل منتن میسازد که باالنتیجه سویهٔ بلند پرازیت درخون مسؤل مصابیت ووفیات بلند ملاریای فلسپارم بشماز میرود.پلازمودیم وایواکس وپلازمودیم اوال بصورت ابتدائی حجرات نابالغ رامورد حمله قرار میدهد وندرتاًسویهٔ بلند پرازیت رادرخون بوجودمیآورد به این ترتیب معمولا باعث آفت وخیم یامرگ نمی گردد.درهرنوع ملاریا گامیتوسیت هابه اشکال مؤنث ومذکر آن انکشاف میکند. باتغذیهٔ پشه انافل مؤنث این گامیتوسیت هادربین معدهٔ پشه بیشتر انکشاف مینماید .القاح زمانی صورت میگیرد که گمیت مؤنث باگمیت مذکر یکجاشود .زایگوت حاصله درسطح خارجی معدهٔ پشه نفوذ نموده ودرآنجابه اووسیت انکشاف مینماید که باگذشت زمان دربین جوف بدن پشه به هزارها سپوروزوئیت انکشاف میکند وبعداًاین سپوروزوئیت هابه غدوات لعابیهٔ پشه انتقال نموده ودرآنجا آمادهٔ داخل شدن درشخص صحتمند میباشد .مدت زمانیکه درجریان داخل شدن پرازیت هادرسیستم معایی پشه وغدوات لعابیه میگذرد ،مرحله انتانی شمرده میشود که این مرحله حاوی پرازیت های فعال رابنام دورهٔ تفریح خارجی یادمیکنند که این دوره نظربه انواع مختلفهٔ پرازیت وپشه های ناقل ونظر به فکتور های محیطی خصوصاً حرارت تفاوت کسب میکند .هیچگاه این دوره کمتراز ١٠ روزنبوده واکثرا طولانی تر میباشد.

سرایت مرض

پشه های انافل درآب های ایستاده ویاآب های بسیاربطی السیر تخم گذاری میکنند .آب بایدنسبتا شفاف باشدازبین تخم هالاروا بوجود میآید که ازطریق یك مرحلهٔ پوپال این لارواها به پشه های کاهل انکشاف میکند .پشه های کاهل انسان یاحیوان رادرهنگام شب می‌گزد. (پشه هائی که درجریان روز انسان رامیگزد معمولا نافل نمیباشد .) این پشه هابعد ازگزیدن شخص دریك محل تاریك ومنزوی مثلا روی دیوار ویا سقف اطاق استراحت مینماید ،بعداپشهٔ مذکور جهت تخم گذاری به یك محل مناسب پرواز نموده وبعد از تخم گذاری دوباره در جستجوی انسان ویا حیوانی میشود که بتواند از خونش تغذیه نماید .یك پشه کاهل میتواند برای ۲۰ -۳۰ روز زنده بماند.

اعراض وعلایم ملاریا

ملاریایك مرض تبدار است .تب باحملات وصفی بایك احساس سردی ولرزه شروع میکند که توسط یك صفحهٔ داغ خشك (تب شدیدیابلند)تعقیب شده وبایك عرق شدید پایان می یابد .این حملات ممکن به فواصل منظم تقریبا یکروز درمیان بوقوع رسد که این حالت مخصوصا درپلازمودیم وایواکس معمول است ، بعضا تب غیر منظم وغیر وصفی میباشد .همچنان تب ممکن به تعقیب مرحله مخبره (سردردی -بی اشتهایی - سستی) بوجود آید.درجریان تب درد عمومی استخوان هاومفاصل معمول است.

اسهال واستفراغ بالخاصه درنزد اطفال معمول است .

اختلاجات تبدارممکن درنوع فلسپارم درنزد اطفال بملاحظه برسد بزرگ شدن خفیف جگر وتیلی درحمله مقدم معمولا درنزد اطفال دیده میشود که بعد از چند روزطحال اکثرا بزرگ دریافت میگردد وبعداز حملات مکررممکن تاحدی بزرگ گردد که به ناحیهٔ سره (ناف) برسد.

اختلاطات

اختلاط بسیار معمول ملاریا عبارت ازکمخونی میباشد که ازباعث تخریب کریوات سرخ توسط پرازیت ها درزمان تکثر شان همچنان سایر فکتور ها صورت میگیرد .درملاریایی نوع فلسپارم کمخونی ممکن بسیار شدید وناتوان کننده گردد به نسبت اینکه کمخونی ازباعث کمبود آهن بوجود نمیآید لذا تطبیق مرکبات آهن هیچ مؤثریتی ندارد .تداوی انتان ملاریاي امریست که برای تولیددوباره کریوات سرخ لازم وضروری پنداشته میشود.
ملاریای‌نوع وایواکس ممکن ندرتا منتج به بزرگ شدن طحال وتمزق (پاره شدن) آن گردد .ممکن ملاریا یك مرض ناتوان کننده باشد لاکن گذشته از کمخونی وضخامهٔ طحال نادرا سیر اختلاطی رابخودمیگیرد ،بآن هم درصورت مداخله امراض دیگردرجریان حمل ویااشخاص مصاب به سؤتغذی ممکن کشنده باشد.
درملاریای نوع فلسپارم ممکن اختلاطات دیگر بوقوع رسد زیراکه پرازیت های انکشاف یافته (بالغ)غیر زوجی فلسپارم تمایل دارند خود رابه جدار های شریان وورید کوچك بعضی از اعضا بچسپاند که این امر منتج به تشوشات وظیفوی اعضای مربوط میگردد.ملاریادماغی ازجمله معروفترین این اختلاطات میباشد .
مریض بصورت فزاینده خواب آلود گردیده ویاندرتا تهیجی ،گیچ یا سایکوتیك (دیوانه) میگردد .این حالت ممکن منتج به اختلاج ویاکوما گردد هر مریض ایکه چنین اعراض رااز‌خود نشان دهد باید بقسم ملاریای دماغی تداوی گردد مگر اینکه کدام عامل دیگر چنین اعراض مانند مننجیت تشخیص شود ویاهم سلاید های مکرر خون منفی دریافت گردد.

بهر صورت برای مقاصد اپیدیمولوژیك باید ملاریای دماغی تنهادرصورتی گزارش داده شود که سلاید خون پلازمودیم فلسپارم غیر جنسی رانشان دهد مریض درحالت کوما قرار داشته باشد وبا تنبیهات درد ناك کدام عکس العمل هدایتی وجود نداشته باشد . درنزد اطفال معروض به اختلاج باید کوما اقلاً شش ساعت بعد از آخرین حملهٔ اختلاجی دوام کرده باشد.

ملاریای فلسپارم ممکن کبد راآفت زده کند مریض اعراضی رانشان خواهد داد که بر التهاب کبد (هیپاتیت) همراه باتب بلند دلالت کند .تب (Back - water fever) یك سندروم معروف ولی نادر ملاریای فلسپارم -هیمولیز شدید همراه با هیموگلوبین یوریا وعدم کفایه کلیه بشمار میرود . هیمولیز همراه باهیموگلوبین یوریا ممکن درشکل ملاریا وایواکس بملاحظه برسد لاکن بدون عدم کفایهٔ کلیه ویاسایر اختلاطات شدیداً کشنده .درشکل شدید ملاریای فلسپارم ممکن به صورت ناگهانی سپتی سیمیا (مکروب درخون)بوقوع برسد .این حادثه باید درنزد یك مریض ملاریاکه فشار خون پائین وجلد سرد ومرطوب دارد ،مشکوك گردد.یکی از معمولترین اختلاط این نوع ملاریا که بالخاصه با ملاریای دماغی اشتراك میکند عبارت از کاهش گلوکوز خون (هایپوگلاسیمی) میباشد .این اختلاط مخصوصاً درنزد اطفال جوان وخانم های حامله بااهمیت است هردو گروپ مذکور در مجموع ازجمله مساعدترین افراد برای ملاریا میباشند. تشخیص وتداوی ملاریای اختلاطی یك وظیفه سنگینی را دربرابر دکتوران مؤظف درنواحی اندیمیك ملاریاقرار میدهد .باآنهم باید بخاطر داشت که تداوی مقدم وکافی ملاریا درقدمهٔ مراقبت اولیه صحی باید وقوع ملاریای دماغی راوقایه نماید.

تشخیص

گرفتن تاریخچه ومعاینهٔ فزیکی مارابسوی یك ملاریای مشکوك رهنمائی خواهد کرد .لازم است این نکته رابخاطر داشت که ممکن تب متقطع باشد .درصورتیکه مریض از حملات تب خود حکایه نماید باید ملاریای مشکوك درنظرگرفته شود حتی اگر دربالای میزان الحراره ،حرارت مریض نورمال نشان داده شود .از آنجائیکه علایم بالخاصه ملاریا محدود وگنگ است هدف عمده از معاینهٔ فزیکی رد کردنٔ سایر امراض است .باید بخاطر داشت که ممکن ملاریاسبب اسهال واستفراغ گردد مگراین آفت ممکن باانتانات معدی معایی وطرق تنفسی نیز اشتراك نماید.

ملاریای مشکوك میتواند بامعاینهٔ سلاید خون تثبیت گردد.درصورتیکه سلاید منفی دریافت کردد واحتمال موجودیت ملاریاقوی باشدباید به روز بعدی آن یك معاینهٔ تکراری اجراگردد.

درصوتیکه اجرای درست معاینهٔ سلاید ضخیم تقریباً تمام واقعات مثبت دریافت خواهد شد اگر درمعاینهٔ اولی نشود درمعاینهٔ دومی تثبیت خواهد شد .در نواحی اندیمیك ملاریا افراد متعدد بدون اینکه مریض شوند توسط ملاریا منتن مگردند .اینها ناقلین بدون عرض بشمار میروند به اینترتیب درنزد یك مریض ممکن سلاید مثبت دریافت گردد درحالیکه مریض ازکدام آفت دیگر شکایت داشته .باشد باآنهم اگر یك مریض اعراضی رابیان داردکه برملاریا دلالت نماید ومعاینهٔ سلاید هم مثبت دریافت گردد محال است تاموجودیت ملاریا رانیز درمریض رد کرد حتی اگر در معاینهٔ فزیکی علایم مربوط به آفتی دریافت گردد که مریض ازآن شکایت داردمثلاً سینه بغل .
بخاطر باید داشت که گامیتوسایت سبب بوجودآمدن اعراض نمیشود .درصورتیکه درمعاینهٔ سلاید گامیتوسایت دریافت گردد این حادثه نشان میدهد که مریض قبلاً توسط پرازیت ملاریامنتن گردیده ومیتواند پشه رامنتن سازد برای تشخیص آفت ملاریا دریافت پرازیت های غیرزوجی لازمی پنداشته میشود .(تشخیص تفریقی میان گامیتوسیت وپرازیت های غیر زوجی بطور یقینی تنهادرصورت ملاریای نوع فلسپارم ووایواکس ممکن است ،صرف میکروسکوپست های بسیار مجرب میتوانند گامیتوسایت را از پرازیت های غیر زوجی بطوریقینی تفریق نمایند.)

دستورالعمل های تداوی ملاریادرافغانستان

تداوی‌خط اول

این تداوی درمورد واقعات غیر اختلاطی ملاریابکار میرود چه تشخیص آن بامعاینهٔ لابراتواری تائید شده باشد یاخیر،ویواکس باشد یافلسپارم .تداوی معمولاً شامل تابلیت های کلوروکین (۱۵۰ ملی گرام کلوروکین فی تابلیت)بوده به

دوز های ذیل تجویز میگردد:

عمر AGE	روزاول 1ST DAY	روزدوم 2ND DAY	روزسوم 3RD DAY
0-14 days	1/4	1/4	1/4
2-12 weeks	1/2	1/2	1/4
4-11 months	3/4	3/4	1/2
1-3 years	1	1	1/2
4-6 years	1 1/2	1 1/2	3/4
7-11 years	2	2	1
12 years and over	4	4	2

تداوی یاکلوروکین زرقی

کلوروکین ممکن از طریق عضلی تجویز گرددوباید از تطبیق وریدی آن حتی بصورت انفیوژن (ازطریق مخلوط درسیروم) خودداری گردد .گلوروکین ذرقی تنها درصورتی تجویز دارد که ضرورت مطلق به آن موجود باشدوان زمانی است که حالت مریض به حدی وخیم باشد که نتواند تابلیت را بگیرد .دوزاژ آن باید ۵.۲ ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن هرچار ساعت بعد(2.5 mg / kg /4h)گرفته شود (بصورت مجموعی ده زرق داده شود) . دوز لازم کلوروکین دراطفال فقط زمانی درست تطبیق میگردد که طفل وزن گردد.کلوروکین ذرقی که درافغانستان مورد استفاده قرار میگیرد دارای ۲۰۰ ملیگرام کلوروکین درهر ۵ ملی لیتر میباشد (40mg / ml) .حجم ادویه ایکه درهر چهار ساعت بایدتطبیق گردد،قرار ذیل است:

رهنمای تداوی ملاریا

برای

دوکتوران وکارکنان صحی

درافغانستان

سازمان صحی جهان

رهنمای تداوی ملاریا

برای

دوکتوران وکارکنان صحی

درافغانستان

سازمان صحی جهان

خلاصهٔ سفارش ها در مورد تشخیص و تداوی ملاریا درافغانستان

